

Nombre de la Entidad:		DEHOSPITAL LA MARÍA				
Período Evaluado:		SEPTIEMBRE DE 2022				
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		77%				
<b>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</b>						
¿El sistema de control interno cumple con los requisitos establecidos en el artículo 7 del Decreto 1017 de 2015?	SI	Los componentes del Sistema de Control Interno se encuentran articulados en la entidad, conforme lo establece la dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG. El direccionamiento estratégico establece políticas en la entidad de acuerdo a las necesidades y expectativas de la comunidad, las partes interesadas y sus funcionarios.				
¿El sistema de control interno permite detectar y prevenir oportunamente las desviaciones de los procesos de la entidad?	SI	El sistema de Control Interno es efectivo, teniendo en cuenta que se evalúa permanentemente la gestión de la Entidad, para determinar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de esta manera igualmente detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo de la entidad.				
¿La entidad cuenta con una política de control interno que define el alcance y el propósito del sistema de control interno?	SI	Las actividades de control determinadas en la entidad en cada una de las líneas de defensa, han permitido establecer acciones para lograr los objetivos institucionales y mitigar los riesgos. La entidad tiene definida su matriz de roles y responsabilidades que han permitido la toma de decisiones frente al control de los procesos de la ESE Hospital La María				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Justificación, Descripción de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento Componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el Informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	SI	75%	La E.S.E. Hospital La María cuenta con el Código de Integridad, el cual se adoptó según resolución No. 315 de mayo 29 de 2019, y se socializa de manera permanente en la institución. Se cuenta con el Estatuto de Contratación, adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva 003 de 2014, el cual promueve la integridad y la prevención de conflictos de intereses, a través de la exigencia de los documentos requeridos para el trámite contractual, establecidos en la norma y requeridos por la institución. Dicho estatuto a su vez creó el Comité de Contratación. La entidad cuenta con mecanismos de prevención del mal uso de información privilegiada, tales como el Plan de Gobierno Digital, la Política de Comunicaciones, el Programa de Gestión Documental, la Política de Protección de Datos Personales y diversos procedimientos para el adecuado manejo de la información. Se observan falencias en la socialización y formalización de algunos documentos, y la integración de las líneas de defensa. Se efectúa seguimiento a los riesgos de corrupción, mediante la implementación del Plan Anticorrupción y su monitoreo. Se actualizó el Mapa de Riesgos y la Política de Administración del Riesgo de acuerdo con la Guía No. 5 de la Función Pública. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, fue creado mediante Resolución No 602 de 2019. Este se encuentra en operación, al igual que el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, creado mediante resolución 155 de 2021. Se adoptó la Política de Control Interno, en la cual se establece el esquema de Líneas de Defensa. Talento Humano es un componente estratégico de la Planeación y esto se evidencia en los diferentes planes y proyectos, como el Plan de Vacantes, Plan de Prevención de Personal, Plan de Bienestar Laboral e Incentivos, Plan de Formación y Capacitación, Plan de Salud y Seguridad en el Trabajo.	73%	Con respecto al componente de "Ambiente de Control", la ESE Hospital La María se tiene el Código de Integridad, donde se socializan en los descansos pantalla en cada uno de los computadores de la entidad. El código de integridad está en la plataforma estratégica del plan de desarrollo institucional 2020-2023. Dentro del plan de acción de MIPG, se tiene el diagnóstico de los pendientes para lograr la implementación con las necesidades que la ley tiene para cada uno de los procesos y procedimientos. Se realizó la operatividad del comité de conciliación para establecer las verdaderas políticas de defensa jurídica y prevención del daño antijurídico. Los avances y gestión de las actividades evaluadas en el componente no se cumplieron a cabalidad por causa de los inconvenientes generados por la pandemia del COVID 19. Se avanza en la actualización tanto de los mapas de riesgos como los riesgos de corrupción interactuando con cada uno de los líderes responsables de cada área. Se adelantaron con cada uno de los líderes de cada área las actualizaciones como la creación de las políticas. Falencias en la documentación socialización e integración de las líneas de defensa.	7%
Evaluación de riesgos	SI	75%	La Alta Dirección ha identificado, valorado y evaluado los riesgos institucionales, se ha definido y aprobado la Política de Administración del Riesgo y el Mapa de Riesgos mediante Resolución 112 de 30 de marzo de 2022. Esta considera el alcance, los responsables, y las fuentes de información interna y externa. Se evalúan los riesgos de corrupción a través del Plan Anticorrupción, y la inclusión de estos riesgos en el Mapa de Riesgos, y se realiza Seguimientos al Mapa de Riesgos por parte de la Oficina de Planeación, y al fin de analizar posibles cambios en el entorno que derive en la necesidad de ajustar el mapa. Los objetivos institucionales son vinculados con el Plan de Desarrollo y se define su medición a través de indicadores a cumplir en un periodo de tiempo. A su vez, se ejerce supervisión sobre el cumplimiento de metas por parte de Planeación y Control Interno. Se observan falencias en la socialización y una mayor aplicación de la Política de Administración de Riesgos. Se debe fortalecer la cultura de riesgos y apropiar más la política para optimizar el uso de la herramienta en el proceso de toma de decisiones.	75%	Se encuentra presente y funcionando, donde la alta dirección ha identificado, gestionado y evaluado los riesgos institucionales. La entidad tiene definida su política de administración de riesgos, la cual es una base para administrarlos y tiene identificados los riesgos por cada proceso institucional donde se definen las causas, controles, acciones, mapa de calor, así mismo tiene establecido la Evaluación de Mapa de riesgos de corrupción. Dentro de las auditorías de control interno se viene realizando los seguimientos a cada una de las áreas con respecto a los riesgos plasmados en las caracterizaciones de los procesos y procedimientos como a la matriz de riesgos de corrupción.	0%
Actividades de control	SI	71%	La ESE Hospital La María cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales, el cual brinda responsabilidades a cada cargo en la institución, relacionado por una adecuada segregación de funciones. Cuenta con la política de Gobierno Digital y Privacidad de la Información, las cuales establecen controles sobre la infraestructura tecnológica. En cada aplicativo se parametriza el árbol de roles y niveles de acceso a cada una de las funciones. El Comité de Gestión y Desempeño realiza seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de Desarrollo, se toman decisiones para el mejoramiento continuo de la entidad y se detectan posibles desviaciones a las cuales se les da el tratamiento oportuno para poder cumplir los objetivos establecidos. Desde dicho Comité, se atienden los temas del Sistema Integrado de Gestión. Se identifican debilidades en cuanto a la normalización de la documentación, como la Política de Gobierno Digital, Manual de Funciones y Competencias Laborales, Privacidad de la Información, entre otras.	75%	La primera línea de defensa realiza en forma frecuente el comité de gestión y desempeño, dirigido por la E.S.E. Hospital La María, donde se realiza seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades establecidas en el plan de acción, se toman decisiones para el mejoramiento continuo de la entidad y se detectan posibles desviaciones a las cuales se les da el tratamiento oportuno para poder cumplir los objetivos establecidos, así mismo desde dicho comité se atienden los temas del sistema de gestión integral, al cual se le ha venido realizando actualización en sus procedimientos y formatos. Desde la tercera línea de defensa, se realiza seguimiento constante al cumplimiento de los planes institucionales, recordando en forma permanente a la primera y segunda línea de defensa las tareas pendientes y próximas a realizar. Existen mecanismos y actividades de control, los cuales deben apoyar la gestión auditora como insumo para la generación de valor en la toma de decisiones.	4%
Información y comunicación	SI	64%	La ESE Hospital La María tiene implementados diferentes sistemas de información para el registro y procesamiento de datos de los diferentes procesos asistenciales y administrativos. Estas herramientas permiten la captura, el procesamiento y la generación de informes, para los diferentes procesos institucionales. La entidad facilita la comunicación externa con los grupos de valor y las partes interesadas a través de actividades enfocadas en sensibilizar y promocionar a través de los diferentes canales de comunicación, en donde constantemente se realiza la difusión de los servicios que presta la entidad. También facilita la comunicación interna en todos los niveles, aplicando mecanismos que permitan dar a conocer la Planeación Estratégica Institucional, enfocando a cada servidor en su rol dentro de la entidad y realizando desde la Alta Dirección una comunicación asertiva en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Se presentan debilidades en cuanto a la socialización de los manuales operativos de los diferentes aplicativos hacia el personal, al cual no se tiene documentación formalizada con resolución, como son la Política de Seguridad de la Información y la Política de Gobierno Digital. Adicionalmente, La ESE Hospital La María no cuenta con un canal de información interno dedicado para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares. Por otra parte, se identificó que el inventario del Archivo Clínico no se encuentra actualizado. La intranet institucional no se encuentra funcionando al 100%, y requiere su socialización.	64%	La entidad facilita la comunicación externa con los grupos de valor y las partes interesadas a través de actividades enfocadas en sensibilizar y promocionar a través de las redes sociales, donde constantemente se realiza la difusión de los servicios que presta la entidad. También facilita la comunicación interna en todos los niveles, aplicando mecanismos que permitan dar a conocer la Planeación Estratégica Institucional enfocando a cada servidor en su rol dentro de la entidad y realizando desde la alta dirección una comunicación asertiva en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Si bien se ha mejorado los procesos de las tablas de retención documental -TRD porque se tiene el perfil de profesional adecuado para dicha función, la TRD se deben actualizar de acuerdo a la Ley 594 de 2000, el cual está presentado en el plan de gestión documental. Se tiene la necesidad de actualizar las TRD ya que las que se cumplan son del año 2006, esto no se a podido hacer porque la junta directiva aptazo la aprobación del rediseño institucional. Elaboración, socialización y ejecución del PETI y el plan anual de comunicaciones igualmente, que estrategia se tiene a desarrollar para la implementación de la dimensión de la gestión del conocimiento en la entidad.	0%
Monitoreo	SI	100%	Se encuentra presente y funcionando, dado que la entidad realiza actividades de supervisión continua y auditorías a los procesos que permiten evaluar e identificar la efectividad de los controles, la eficiencia, la eficacia y el nivel de cumplimiento de la Planeación Estratégica, lo cual permite detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno y la Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) en el Comité de Control Interno. Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa, se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2ª y la línea de defensa. La Oficina de Planeación realiza seguimientos sobre los mapas de riesgos y cumplimiento de Plan de Desarrollo. Por su parte, la Oficina de Control Interno, realiza seguimiento constante al cumplimiento del POA, mediante la Evaluación por Dependencias, Seguimiento al Plan anticorrupción y Atención al ciudadano, entre otros, brindando apoyo permanentemente a la primera y segunda línea de defensa las tareas pendientes y próximas a realizar.	100%	Se encuentra presente y funcionando, donde la entidad realiza actividades de supervisión continua y auditorías a los procesos de la entidad que permiten evaluar e identificar la efectividad de los controles, la eficiencia, la eficacia y el nivel de cumplimiento de la planeación estratégica lo cual permite así mismo detectar desviaciones y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo de la entidad. Desde la oficina de control interno, se elaboró y socializó el programa anual de auditorías para la vigencia 2022, dando cumplimiento oportunamente de las actividades programadas, así mismo se realiza seguimiento constante a las publicaciones en las plataformas de SECOOP y SIA ORSEVERA. Desde la tercera línea de defensa, se realiza seguimiento constante al cumplimiento del plan de acción, plan anticorrupción y de atención al ciudadano, apoyando permanentemente a la primera y segunda línea de defensa las tareas pendientes y próximas a realizar.	0%

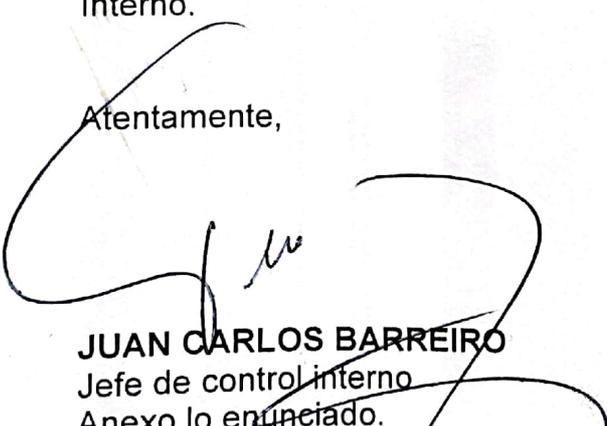
Medellín, 17 de julio de 2023

Doctor  
**SANTIAGO ANDRÉS ARBOLEDA OCHOA**  
Gerente (E)  
**ESE Hospital La María**  
Medellín.

**Asunto:** Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno (Formato Pormenorizado) Periodo enero a junio de 2023

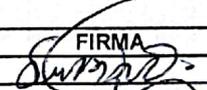
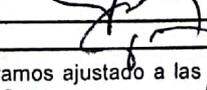
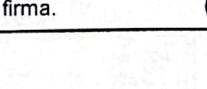
Dando cumplimiento al artículo 9 de la ley 1474 de 2011 y al artículo 14 de la ley 87 de 1993, como los decretos 1400 de 2017 y Decreto 2016 de 2019, por medio del cual se dictan las normas para simplificar y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública (artículo 156), donde se señala que el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada 6 meses en la página web de la entidad, el informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, remito el informe del primer semestre de 2023, el cual arroja un cumplimiento a esta fecha del **77%**, de los lineamientos de la dimensión 7 de MIPG, correspondiente al Control Interno.

Atentamente,



**JUAN CARLOS BARREIRO**  
Jefe de control interno  
Anexo lo enunciado.

Con copia. **Doctora María Manuela Vasco Cadavid**, Oficina de comunicaciones

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Sara Bustamante Osorio – Asesora de apoyo a Control Interno		17-07-2023
REVISÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		17-01-2023
APROBÓ	Juan Carlos Barreiro – Jefe de Control Interno		17-01-2023

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.